

TRABAJO FIN DE GRADO

Intervención desde la Terapia Ocupacional a propósito de un caso clínico real de accidente cerebrovascular

Susana Sesma Serrano

Tutora: Ana Luisa Caballero Navarro

Facultad de ciencias de la salud, 2013

INDICE

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4-5-6-7
3. Objetivo general.....	7-8
4. Metodología	
4.1. Evaluación.....	8-9-10-11
4.2. Tratamiento.....	12-13-14-15
5. Desarrollo y reevaluación.....	16-17
6. Conclusión.....	18
7. Bibliografía.....	19-20-21
8. Anexo 1.....	22
9. Anexo 2.....	23-24
10. Anexo 3.....	25
11. Anexo 4.....	26
12. Anexo 5.....	27-28

RESUMEN

Lo que se pretende a través de este trabajo sobre un caso clínico único de accidente cerebrovascular es demostrar la eficacia de la intervención integral del paciente desde Terapia Ocupacional en el proceso de rehabilitación.

Para ello nos basaremos en el Modelo de Ocupación Humana, a través del cual se elaborará el plan de intervención desde la Terapia Ocupacional.

Para que los resultados sean objetivos, se harán tres evaluaciones en tres momentos diferentes usando las mismas herramientas de evaluación con el fin de poder comparar los resultados una vez acabado el proceso de rehabilitación de la paciente.

ABSTRAC

What I want with this work on a single clinical case of stroke is to demonstrate the effectiveness of comprehensive patient intervention from occupational therapy in the rehabilitation process.

To do this we will build on the Human Occupation Model, through which they develop the intervention plan from the Occupational Therapy.

For results to be objective, it will be three assessments at three different times using the same assessment tools in order to compare the results after finishing the rehabilitation process of the patient.

INTRODUCCIÓN

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD ESCOGIDO

El ataque cerebrovascular, ictus, apoplejía y enfermedad cerebrovascular son sinónimos de alteraciones focales debidas al compromiso por cualquier causa de los vasos que irrigan el cerebro, en general de comienzo brusco. (1)

El accidente cerebro vascular es un déficit neurológico no convulsivo, de origen vascular que incluye un grupo heterogéneo de causas y de manifestaciones clínicas. (2)

En este caso nos centraremos en el ictus isquémico, que lo definimos como, el conjunto de déficit neurológico de instauración aguda o subaguda, que se producen como consecuencia del déficit de aporte vascular a determinadas áreas cerebrales. (3)

La enfermedad cerebrovascular tiene una alta incidencia en mortalidad y discapacidad. En España en el año 2003, fue la primera causa de la mortalidad en la mujer y la segunda causa total de muerte por detrás de la cardiopatía isquémica; además, es la segunda causa de demencia, y debido al envejecimiento de la población su incidencia y prevalencia aumentara en los próximos años.

Según la Encuesta Nacional de Morbilidad Hospitalaria en el año 2003 ingresaron 112.498 pacientes con el diagnostico principal de enfermedad cerebrovascular; estos datos dejan bien claro que se trata de un problema sociosanitario de primer orden.

Tras el ictus o el ataque isquémico transitorio (AIT), existe un riesgo máximo vascular de recurrencias, de episodios coronarios y de muerte vascular, como demuestra el seguimiento de pacientes con ictus isquémico de diversos estudios que manifiestan que la mortalidad vascular a diez años era del 47,7% y la asociación entre muerte vascular, infarto de miocardio e ictus del 44,1%.

En España el ictus es la segunda causa de muerte e incluso la primera causa por encima de la cardiopatía isquémica en la mujer, si bien en los últimos 25 años se está observando que la mortalidad ajustada por edad debida a enfermedad cerebrovascular, está disminuyendo de forma significativa en ambos sexos.

El ictus afecta sobre todo a personas mayores, mostrando su incidencia una estrecha relación con la edad igual que otras enfermedades arterioescleróticas. El 75% de los ictus acontecen en personas de más de 65 años. (4)(5)

La incidencia está referida en determinados estudios como de 200 casos/100.000 habitantes/año, de los que el 75% serán casos nuevos y el resto recidivas. (6)

La prevalencia del ictus en la población general se ha estimado en torno al 5% en el grupo de edad de 65 a 84 años y superior al 7% en mayores de esa edad. El riesgo de recurrencia de ictus es muy elevado, alcanzando un 7% por año durante al menos cinco años siguientes al ictus. El riesgo de recurrencia es mayor cuanto más cerca estemos del primer ictus. (7)(8)(9)

El "Copenhagen Stroke Study" estudió de forma prospectiva la evolución de los déficits neurológicos y funcionales de 1.195 pacientes con ictus, no seleccionados, tratados en una unidad de ictus desde su inicio hasta el alta al terminar su tratamiento rehabilitador.

Comprobaron que la recuperación neurológica y funcional depende de diversos factores, tales como la severidad del déficit inicial, la temperatura corporal, la glucemia en la fase aguda, etc., siendo el más importante la severidad inicial del ictus.

En cuanto a la discapacidad en las actividades de la vida diaria, medida con el índice de Barthel, el 75 % de los pacientes eran dependientes en una o varias actividades al inicio del tratamiento rehabilitador, siendo las más afectadas las transferencias básicas, vestirse y desvestirse y caminar.

El pronóstico de los pacientes con ictus suaves o moderados es excelente, sin embargo el de los pacientes con ictus severos es muy variable.

Al comparar la velocidad de la recuperación neurológica con la de la recuperación funcional, comprobaban que la primera antecede a la segunda en una media de dos semanas. (10)

Tras la revisión literaria y el acercamiento a la realidad clínica hacemos especial hincapié en la importancia de las secuelas los que ACV pueden dejar más o menos graves dependiendo de la duración, extensión y parte del cerebro afectada.

La información acumulada nos habla de consecuencias graves o muy graves cuya *secuela principal es la discapacidad crónica*. (11)

La Alteración de su calidad de vida es máxima ya que encontramos entre otros una disminución de la autonomía personal, modificación de sus capacidades, cambios en los roles desempeñados, percepción de rutinas insatisfactorias y desequilibradas y déficits en habilidades perceptivo motoras y de procesamiento, habilidades de comunicación e interacción en general componentes del desempeño ocupacional.

Por estas razones el ACV es un *importante problema de salud* (12) (13)

JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DESDE T.O

La terapia ocupacional centra sus esfuerzos en personas que tienen problemas en el desempeño de alguna de las habilidades en su vida diaria y contribuye de manera específica en la realización de aquellas actividades significativas, con la finalidad de optimizar el desempeño ocupacional. (14)

Dentro de la rehabilitación en el ACV se engloban cinco grandes funciones, dentro de las cuales el terapeuta ocupacional tiene una actividad específica dentro de cada una (15)

- Prevenir y tratar complicaciones intercurrentes
- Entrenar al paciente para una máxima independencia funcional.
- Lograr la adaptación psicosocial del paciente y su familia.
- Reintegrarle en la comunidad
- Mejorar su calidad de vida

La terapia ocupacional forma parte tanto de las funciones generales del equipo multidisciplinar, como de las funciones propias de cada una de las fases del ACV, participando activamente en los programas de intervención. (16)

El objetivo que se plantea la Terapia Ocupacional es la rehabilitación o **mantenimiento de las capacidades del individuo** desde el punto de vista de la globalidad, es decir, trabajando **aspectos físicos, cognitivos y sociales**, con el fin de conseguir la *máxima independencia posible*, promover la salud y mejorar la calidad de vida del paciente.

La intervención del Terapeuta Ocupacional incluye la **evaluación** mediante la *observación clínica* estructurada, así como a través de la *administración de pruebas* estandarizadas o no estandarizadas. (17)

Las personas que tuvieron un accidente cerebrovascular fueron más independientes en la actividades personales de la vida diaria (alimentarse, vestirse, usar el baño, bañarse y desplazarse) y con más posibilidades de

mantener estas habilidades, si habían recibido el tratamiento de un terapeuta ocupacional. (18)(19)

PROPÓSITO GENERAL DEL TRABAJO

A través de este trabajo se pretende demostrar y justificar el tratamiento desde la terapia ocupacional, en un caso clínico con una afección cerebro vascular, centrándonos en una rehabilitación cognitiva y de funciones superiores, para conseguir la independencia funcional necesaria, así como la autonomía en las actividades de la vida diaria tanto básicas como instrumentales, que realizaba con anterioridad al ACV con la mayor normalidad y brevedad posible.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL RECURSO/DISPOSITIVO/ENTORNO

La rehabilitación de este caso se ha producido en el *Hospital San Juan de Dios*, un hospital privado concertado a nivel asistencial con la sanidad pública. En base a su dedicación asistencial y de carácter no lucrativo, está especializado en geriatría de media y larga estancia.

Tiene un servicio de Nefrología y Medicina Interna que cuenta con el soporte de otras especialidades como Rehabilitación, Psicogeriatría y Análisis clínicos, unidad de Cuidados Paliativos y Unidad de Agudos, así como atención ambulatoria en Hemodiálisis, Rehabilitación y Hospital de Día.(20)

El departamento de Terapia Ocupacional se divide a grandes rasgos en dos secciones. Una en horario de mañana, la cual podríamos decir que esta más orientada al ámbito de afecciones neurológicas y una en horario de tarde que podríamos decir que se centra más en actividades de integración a la comunidad, talleres de orientación espacial y temporal y estimulación de la memoria.

En este caso la paciente se encontraba ingresada, por lo que su rehabilitación se ha realizado en el marco de las mañanas, en el cual nos centramos tanto en la rehabilitación física, AVDs, atendiendo también de manera individualizada los problemas a nivel de afectación de las funciones superiores que puedan presentar cada uno de los usuarios.

El hospital San Juan de Dios se encuentra dentro del territorio aragonés, específicamente en la ciudad de Zaragoza, por lo que pertenece al sistema de salud aragonés.

OBJETIVOS DE ESTE TRABAJO

1. Realizar la evaluación del presente caso clínico para establecer un modelo de actuación e intervención desde la T.O

2. Relacionar el uso de la terapia ocupacional con la rehabilitación del accidente cerebrovascular utilizando los modelos propios de esta disciplina
3. Verificar que la terapia ocupacional ayuda a las personas con accidente cerebrovascular a recuperar su autonomía y AVDs y mejorar su CV.
4. Remarcar la necesidad de rehabilitación de las AVDs como actividad propia de la terapia ocupacional y necesaria para el usuario.
5. Involucrar a la terapia ocupacional dentro del equipo multidisciplinar como parte del tratamiento rehabilitador en el ACV.

METODOLOGÍA

EVALUACIÓN INICIAL

La primera evaluación la realizamos mediante la observación, desde el primer momento en que entro en la sala de terapia ocupacional. Para ello le pedimos una serie de ejercicios no estandarizados para comprobar el nivel de deterioro en el que se encuentra tanto a nivel físico como cognitivo. También nos basamos en los resultados de varias escalas de valoración (22), (23), (24), (25). (Anexo 1, 2, 3, 4,5)

- Pfeiffer
- Mini-examen cognoscitivo (lobo)
- Barthel
- Lawton y brody

Al cabo de tres días pusimos fin a la evaluación inicial en la que por supuesto incluimos una entrevista con la paciente. Esta entrevista se realizó de manera no estructurada porque el estado afectivo de la paciente lo requería además así pudimos conseguir el objetivo último de la misma que era conseguir su confianza para que pudiera contarnos todo aquello que le interesara decir, saber...

La principal limitación que nos encontramos para realizar la entrevista era su estado emocional, apenas realizaba ninguna de las tareas (a pesar de que estaba totalmente capacitada para hacerlo).

Durante la entrevista personal tuvimos que hacer varios descansos por la emoción que le producía hablar de su familia.

Toda el proceso de tratamiento va a estar bajo el **Modelo de Ocupación Humana (MOHO)** este modelo considera a los seres humanos como sistemas dinámicos, que se organizan a sí mismos, que siempre están en desarrollo y que cambian con el tiempo.

Según este modelo, el comportamiento ocupacional aparece a partir de la interrelación de tres sistemas con las circunstancias en el medio ambiente. Siendo estos sistemas: volición, habituación y ejecución.

La volición, o motivación para participar en ocupaciones es, una necesidad innata de las personas para actuar en el mundo.

El sistema de habituación hace referencia a los patrones de comportamiento ocupacional reiterados y que forman parte de la vida cotidiana de la persona.

El sistema de ejecución lo constituyen las habilidades de procesamiento, perceptivo-motoras y de interacción social formados por el sistema músculoesquelético, sistema neurológico, sistema cardiopulmonar e imágenes simbólicas, que permiten llevar a cabo las ocupaciones cotidianas de la persona. (24)

Se decidió basarnos en este modelo ya que considero que la motivación y las ganas de una persona por recuperarse son la base para poder comenzar a trabajar y porque a través de él, pude saber que su volición era por donde tenía que empezar a trabajar.

Con toda esta información se elaboro el perfil ocupacional.

E.T, es una mujer de 62 años de Zaragoza, actualmente vive sola, ya que su marido murió hace 20 años, su hermana mayor vive a diez minutos de su casa, su hijo pequeño vive fuera de Zaragoza con su mujer e hija y su hijo mayor se acaba de independizar. E.T, sufrió un accidente cerebral de tipo isquémico, tras el cual las principales secuelas se centran a nivel de autonomía en Actividades básicas de la vida diaria y Actividades instrumentales de la vida diaria, a nivel de las funciones cognitivas, memoria y razonamiento.

También encontramos algún problema en la secuenciación de actividades y a nivel práxico. Psicológicamente parece estar en un momento de depresión con constantes bajadas de ánimo debido a su inseguridad.

E.T era una mujer totalmente independiente y autónoma, disfrutaba de una vida social muy activa ya que todos los días quedaba con sus amigas a tomar un café y jugar a las cartas así como los fines de semana tomaba el aperitivo con su hermana, tres/ cuatro días a la semana hablaba con su nieta por skype y ella era la encargada de ayudarle a hacer los deberes.

Las principales preocupaciones son no poder volver a ayudar a su nieta, el hecho de tener que contratar a alguien para que viva con ella por que no sea capaz de desenvolverse en su vida diaria. Deja muy claro que quiere seguir viviendo sola, y se siente muy agobiada ya que tiene la sensación de que está suponiendo una carga familiar para su hermana y familia.

Se siente muy limitada ya que en toda su estancia hospitalaria apenas ha realizado ninguna actividad lo que ha ocasionado una fuerte inseguridad. Desde el primer momento que entra a formar parte de un programa de terapia ocupacional la familia es informada del tipo de

rehabilitación a la que va a ser sometida en este periodo, aclarando que a partir de ahora vamos a intentar recuperar su autonomía por lo que debe comenzar a realizar tareas progresivamente. La familia accede complacientemente.

Al principio E.T se muestra reacia al tratamiento no creyéndose capaz de llegar a ocupar su misma posición anterior.

Los objetivos de la intervención dentro del desempeño de ocupación tratarán de recuperar el mayor grado de autonomía posible a nivel de ABVD y AIVD prescribiendo, si es necesario, adaptaciones en el hogar y ayudas técnicas. Reforzaremos su autoconcepto con actividades de ocio dentro del hospital recreando juegos de cartas y promoviendo su autonomía personal dentro del recinto hospitalario. También trabajaremos la secuenciación de las actividades con el fin de facilitar la ejecución de actividades de la vida diaria.

DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO

El plan de intervención que se va a realizar es específico para la paciente, la duración total será de dos meses, y las intervenciones serán diarias de una duración aproximada de media hora cuarenta y cinco minutos.

Para ello se han desarrollado una serie de objetivos para conseguir:

- Autonomía para la realización de las ABVD
 - Vestido
 - Lavado de cara y maquillaje
 - Peinado
 - Uso del WC
 - Alimentación
- Autonomía en AIVD
 - Hacer la cama
 - Manejo de utensilios para la comida
 - Organizar y limpiar la casa
 - Cuidado de la salud
 - Uso del teléfono
- Rehabilitación de funciones cognitivas
 - Mantenimiento de memoria a largo y corto plazo
 - Mejorar la planificación y secuenciación de actividades



El tratamiento lo dividiremos por semanas, recalcando unos objetivos en cada una de ellas

Semana 1ª	Información a través de la observación, escaladas estandarizadas, historia clínica y entrevista personal.	Elaboración <u>perfil ocupacional</u> mas el programa de tratamiento.
-----------	---	---

Semana 2ª-3ª-4ª	Actividades de comprensión, memoria y secuenciación.	Evaluación a través de escalas (mini-examen cognoscitivo lobo, Pfeiffer)
Semana 5ª-6ª-7ª	Actividades relaciones con las ABVD y AIVD	Evaluación a través de escalas (barthel y lawton y Brody)

TRATAMIENTO DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

ABVD	ACTIVIDAD	PROPÓSITO
LAVADO DE CARA Y MAQUILLAJE	En el baño del hospital frente al espejo y en bidepestacion realizar la tarea siguiendo el orden que previamente habíamos preparado.	<ul style="list-style-type: none"> -Mejora la secuenciación de la actividad. -Mejorar las destrezas manipulativas en el aseo personal -enseñarle nuevas técnicas para que se pueda maquillarse -Enseñar a planificar la tarea
PEINADO	En el baño frente al espejo en posición de bipedestacion , entrenamos en el recorrido articular del hombro para poder peinarse le enseñamos a usar los dos brazos uno para cada lado de la cabeza	<ul style="list-style-type: none"> -Mejorar recorrido articular del hombro, -mejorar su autonomía mediante el entrenamiento de los dos brazos. -perfeccionar coordinación oculo-manual -aumento de la autoestima

USO DE WC	Desde el primer momento le enseñamos nuevas maneras de poder ir sola al baño sin que tuviera miedo a caerse, le enseñamos a usar las barras para apoyarse, ponerse pantalones fáciles de subir y bajar, secuenciar bien la tarea y enseñarle a no tener prisa.	<p>-Mayor grado de independencia,</p> <p>-satisfacción personal, ya no se siente una carga tan pesada en la familia</p> <p>-mucha autonomía dentro del hospital que más adelante la trasladara al exterior.</p> <p>-uso de ayudas técnicas</p> <p>-uso de estrategias para subirse el pantalón</p>
ALIMENTACIÓN	Trabajamos con distintas espesuras desde lo mas liquido como el agua hasta una comida solida.	<p>- ver si tenía afectación de la deglución</p> <p>- mantenimiento una postura correcta para la alimentación.</p> <p>-mejorar la posición de la mano al coger los cubiertos.</p> <p>-eliminar temblor de mano</p> <p>-Aumentar autoestima y autonomía</p>
VESTIDO	Comenzamos por pedir a la familia la ropa que de normal llevaba, una vez la teníamos le enseñamos a ponerse los calcetines siempre sentada a ponerse los pantalones primero sentada y luego subirlos despacio.	<p>-Aumentar la autonomía en el vestido</p> <p>- prevenir de posibles caídas.</p> <p>-Técnicas de ahorro de energía</p> <p>-aumentar su autonomía en el hospital y una vez dada de alta</p>

AIVD	ACTIVIDAD	PROPOSITO
Mantenimiento del hogar y limpieza	Limpieza y orden de una estantería, con diferentes objetos de diferentes tamaños y pesos.	<ul style="list-style-type: none"> -Secuenciación de la actividad -control del espacio físico -reforzar el control del movimiento y la sensibilidad táctil. -mantenimiento del orden secuencial de la actividad -afianzar la seguridad al trabajar con la manos por encima de la cabeza
Manejo del teléfono	Con teléfono, ordenar que marque su teléfono (comprobar si es el correcto).Que mantenga una conversación "inventada".	<ul style="list-style-type: none"> -secuenciación de dedos -ver si recuerda el teléfono (memoria) -observar si recuerda como contestar y despedirse por teléfono.
Cuidado de su salud	Todos los días tenía que recordar el orden de su rehabilitación y saber que medicamentos se le estaba administrando así como el horario de tomarlo.	<ul style="list-style-type: none"> - prevenir una posible desorientación respecto a los horarios una vez dada el alta. -mantenerla autónoma y cuidado respecto a su salud y enfermedad.

Uso de cubiertos	<p>Poner la mesa, uso del cuchillo y tenedor con diferentes tipos de plastilina con diferentes consistencias (de más blanda a más dura)</p> <p>Utilización de engrosadores de cubiertos</p>	<p>-independencia en las comidas</p> <p>-mejorar el manejo de los cubiertos a través de una ayuda técnica para facilitar la presa de la cuchara y tenedor.</p>
-------------------------	---	--

	ACTIVIDAD	PROPOSITO
MEMORIA	Uso de agenda personal	Que cada día elabore un diario en el cual apunte que ha hecho , como se ha encontrado... con el fin de entrenar la memoria
	Colocamos unos objetos en la mesa, al minuto los cambiamos de posición, usamos objetos, colores, formas...	Entrenamos la memoria a través del juego y a la vez comprobamos como avanza la rehabilitación de la misma
	Aquí incluíamos todos los días el uso del calendario y el reloj	De esta manera demás de la memoria comprobábamos y entrenábamos la orientación temporal
SECUENCIACION	Realizábamos actividades en las cuales tenía que ordenar las pautas para que la actividad tuviera sentido y se finalizara positivamente	De esta manera entrenábamos las secuenciación de las actividades, principalmente de la vida diaria

DESARROLLO Y REEVALUACION

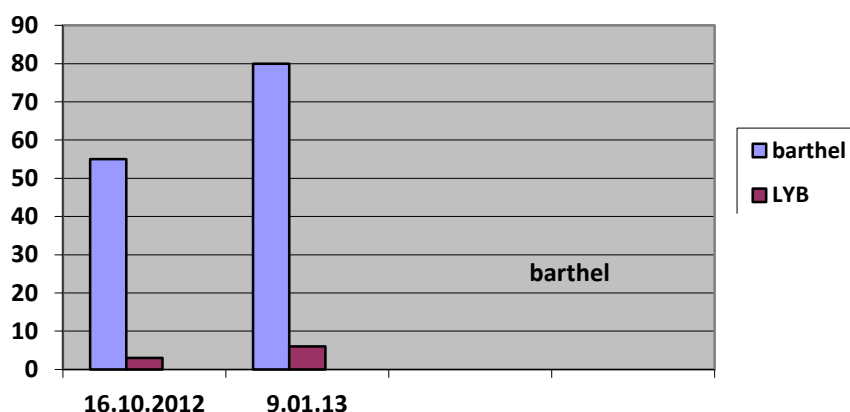
Tras una primera evaluación hemos realizado dos evaluaciones mas, una al término de mi estancia hospitalaria, es decir, al mes y diez días del tratamiento y otra habiendo pasado un mes desde el momento del alta hospitalaria.

FECHA	PFEIFFER	MINIEXAMEN LOBO	BARTHEL	LAWTON Y BRODY
16.10.2012	5	26	55	3
26.11.2012	4	29	80	6
9.1.2013	3	29	80	6

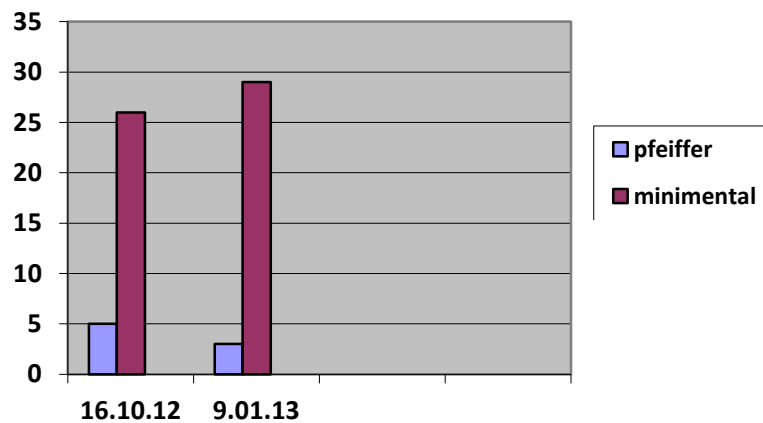
Para establecer unos resultados más objetivos, como podemos observar en la tabla hemos evaluado a la usuaria tres veces con la intención de ver su evolución en la etapa pre-rehabilitadora, re-habilitadora y post-rehabilitadora, para valorar, si después de recibir tratamiento de T.O y dejarlo de manera definitiva el resultado de la evolución prosigue satisfactoriamente o en lo contrario se estanca o incluso pueda disminuir.

También se decidió evaluar tres veces para ver si el resultado final del tratamiento había llegado al objetivo máximo que es el cumplimiento de los objetivos de la intervención.

De este modo hemos podido comprobar, que ha aumentado los grados de autonomía respecto a las ABVD y AIVB, si comparamos el resultado de las primeras escalas con el resultado final podemos observar que el grado en el resultado de ambas escalas se ha incrementando.



Respecto a las funciones superiores encontramos un incremento en la memoria y secuenciación que eran las funciones en las que más me centre, igualmente al volver a pasar las escalas propias obtuve un incremento en los resultados, encontrando resultados muy positivos en orientación temporal.



La ultima reevaluación se procedio a hacerla en su casa así, a parte de pasarle de nuevos las cuatro escalas de valoración pude observar como procedía a hacer diferentes tareas dentro del hogar.

Como hemos podido observar la comparación de los resultados de la primera evaluación con la última son positivos pero en cambio la comparación de los resultados de la segunda reevaluación con la tercera son negativos ya que como podemos observar hay un estancamiento en los resultados de las escalas permaneciendo constante la mejoría.

	Pheiffer	Lobo	Barthel	Lawton brody	y
26.11.2012	4	29	80	6	
9.01.2013	3	29	80	6	

CONCLUSIONES

Con la realización de este trabajo se demuestra que el plan de intervención de Terapia Ocupacional utilizando principalmente el Modelo de Ocupación Humana en esta paciente consigue una mejoría notable en sus actividades de la vida diaria, que es máxima en el primer periodo evaluado, es decir, al mes y diez días de tratamiento de Terapia Ocupacional se observa una mejoría en sus actividades de la vida diaria.

Sin embargo en la última evaluación que coincide con el mes siguiente del alta hospitalaria se le ha apreciado un enlentecimiento incluso una regresión en la mejoría referida en sus actividades de la vida diaria.

Queda contrastado que el abandono de la terapia de forma repentina, sin hacer un seguimiento de la misma en el tiempo, estanca la mejoría de la persona en su rehabilitación, haciendo que se paralice la progresión en el punto en el que acabo la terapia.

Para conseguir estos resultados positivos en la mejoría de la paciente ha sido necesario el la colaboración de las diferentes disciplinas en un equipo multidisciplinar.

BIBLIOGRAFIA

1. Federico Micheli, Fernandez Pardal Manuel, Bonardo Pablo. Neurologia editorial panamericana 2º edición capitulo dos:39
2. Bibiano Guillen Carlos, Rodriguez Bouzada Natividad, Meiss Blanco Belinda.servicio de urgencias hospital de Salnés. Villagarcia de Aurosa, Pontevedra Manual de urgencias capitulo 51:447-448
3. Dra. Mª Campos Blanco Dulce.curso intensivo MIR Asturias 2007.Neurología y neurocirugia 12ª edición. capitulo 6,página 104
4. Doctor Antonio gil Muñoz. Unidad del ictus servicio de neurología. Hospital general universitario Gregorio Marañon Madrid, guía de buena práctica clínica en la prevención del ictus.20-21-22
5. Dr. Gustavo Aldereguía Lima, *Dr. Rubén M. Bembibre* Taboada,Dr. Carlos García Gómez² y Dr. Moisés Santos Peña. Hospital clínico quirúrgico Cienfuegos. Evaluación de un programa para la atención de pacientes con enfermedad cerebrovascular. 21
6. Dra. Mª Campos Blanco Dulce.curso intensivo MIR Asturias 2007.Neurología y neurocirugia 12ª edición. capitulo 6,página 203
7. Doctor Antonio gil Muñoz. Unidad del ictus servicio de neurología. Hospital general universitario Gregorio Marañon Madrid, guía de buena práctica clínica en la prevención del ictus.20-21-22
8. J.A. Mirallas Martínez *Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital General de Castellón* Avances en la rehabilitación del paciente con enfermedad cerebrovascular.80-81
9. Ángel Arias Cuadrado Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Comarcal de Valdeorras. Rehabilitación del acv: evaluación, pronóstico y tratamiento *Galicia Clin* 2009; 70 (3): 25-40
- 10.<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/suple3/suple19.html>J.S. Moros, F. Ballero, S. Jáuregui, M.P. Carroza. Rehabilitación en el ictus
- 11.<http://neuropsicologica.blogspot.com.es/2011/05/los-accidentes-cerebrovasculares-ictus.html>. Victor M Garcia Gonzalez.

12. Beatriz de la Heras Muñoz, Eva García Balades. Residencia PP.MM Villaviciosa de Odón, centro de día de Argüelles para personas con discapacidad física. Aplicación del modelo de ocupación humana en personas con daño cerebral adquirido: una perspectiva de trabajo en grupo.
13. F.J. Aidar, A.J. Silva, V.M. Reis, A. Carneiro, S. Carneiro-Cotta. Estudio de la calidad de vida en el accidente vascular periférico y su relación con la actividad física. REV NEUROL 2007;45 (9): 519-520
14. http://www.discapacidadonline.com/wpcontent/uploads/2012/03/terapia.ocupacional.dano_.cerebral.adquirido.pdf Dña. Esther Fernández Gómez; Dña Ana Ruiz Sancho; D. Ángel Sánchez Cabeza. Terapia ocupacional en el daño cerebral adquirido. Año 2008. 422
15. Álvaro Moyano V. servicio de medicina física y rehabilitación. HCUCh. El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. Rev Hosp Clin Univ Chile; 21: 248-355
16. Dña. Esther Fernández Gómez; Dña Ana Ruiz Sancho; D. Ángel Sánchez Cabeza. Terapia ocupacional en el daño cerebral adquirido. Año 2008. 420-430
17. Dr. Rubén M. Bembibre Taboada,¹ Dr. Carlos García Gómez² y Dr. Moisés Santos Peña³ Hospital Clínicoquirúrgico "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos evaluación de un programa para la atención de pacientes con enfermedad cerebrovascular Rev Cubana Med 2002;41(1):20-24
18. J.A Mirallas Martínez *Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital General de Castellón.* avances en la rehabilitación del paciente con enfermedad cerebrovascular. *Rehabilitación* (Madr) 2004;38(2):78-85
19. Juan I. Rojas, Maria C. Zurru, Marina Romano, Liliana Patrucco, Edgardo cristiano *Servicio de Neurología, Hospital Italiano, Buenos Aires* accidente cerebrovascular isquémico en mayores de 80 años MEDICINA (Buenos Aires) 2007; 67: 701-704
20. http://www.vsjd.org/centros/hospital_san_juan_de_dios_zaragoza.php
p

- 21.<http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf> VALORACIÓN DE la discapacidad física: el índice de barthel, Javier Cid-Ruzafa y Javier Damián-Moreno, Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health. Baltimore, EEUU. Departamento de Epidemiología y Bioestadística, Escuela Nacional de Sanidad. Madrid. 1997. 129-132
- 22.http://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/mini_mental.pdf
- 23.Martinez de la Iglesia J, Duenas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberne C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001 Jun 30;117 (4):129-34.
- 24.Lawton MP, Brody EM Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living. Gerontologist. 1969 Autumn; 9(3):179-86.
- 25.Beatriz de la Heras Muñoz, Eva García Balades. Residencia PP.MM Villaviciosa de Odón, centro de día de Argüelles para personas con discapacidad física. Aplicación del modelo de ocupación humana en personas con daño cerebral adquirido: una perspectiva de trabajo en grupo.

ANEXO 1

Ejercicios no estandarizados	¿Qué nos aporta esta actividad?
Pinta un dibujo	Con esta actividad podemos comprobar si sufre una heminegligencia ya que si fuese este el caso dejaría medio dibujo sin colorear
Ordenar una estantería	Pretendemos ver la movilidad y fuerza de la extremidad superior, así como la secuenciación de la actividad.
Hacer la cama	Vemos si se organiza bien el espacio, secuencia bien la actividad y tiene la fuerza suficiente para hacer la cama ella sola.
Quitarse y ponerse la bata, abrocharse y desabrocharse los botones	Observamos se mantiene todo el recorrido articular del hombro y vemos la destreza manipulativa fina.
Juego del ábaco	Pretendemos mejorar la coordinación óculo manual, movimiento de dedos, control del temblor de manos

ANEXO 2

BARTHEL

Parámetro, situación del paciente y puntuación:

Comer

Totalmente independiente: 10 puntos.

Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc: 5 puntos.

Dependiente: 0 puntos.

Lavarse

Independiente, entra y sale solo del baño: 5 puntos.

Dependiente: 0 puntos.

Vestirse

Independiente, capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos: 10 puntos.

Necesita ayuda: 5 puntos.

Dependiente: 0 puntos.

Arreglarse

Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc: 5 puntos.

Dependiente: 0 puntos.

Deposiciones (valórese la semana previa)

Continencia normal: 10 puntos.

Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas: 5 puntos.

Incontinencia: 0 puntos.

Micción (valórese la semana previa)

Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta: 10 puntos.

Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda: 5 puntos.

Incontinencia: 0 puntos.

Usar el retrete

Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa... 10 puntos.

Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo: 5 puntos.

Dependiente: 0 puntos.

Trasladarse

Independiente para ir del sillón a la cama: 15 puntos.

Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo: 10 puntos.

Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo: 5 puntos.

Dependiente: 0 puntos.

Deambular

Independiente, camina solo 50 metros: 15 puntos.

Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros: 10 puntos.

Independiente en silla de ruedas sin ayuda: 5 puntos.

Dependiente: 0 puntos.

Escalones

Independiente para bajar y subir escaleras.

Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo.

Dependiente.

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Grado de dependencia según la puntuación total:

< 20 puntos: dependencia total.

20-35 puntos: dependencia grave.

40-55 puntos: dependencia moderada.

≥ 60 puntos: dependencia leve.

100 puntos: independencia.

ANEXO 3

MINIMENTAL DE LOBO


El MECde Lobo esla versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein. Se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas.

Existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos un instrumento más útil para comparaciones internacionales

Instrumento sencillo y breve de aplicación, no requiere de especiales habilidades para su administración.

RANGO de PUNTUACION 0 – 35. Lobo y col, proponen:

- Pacientes GERIATRICOS:(> de 65 años), punto de corte 23/24(es decir, 23 ó menos igual a "caso" y 24 ó más a "no caso"., y en
- Pacientes NO GERIATRICOS punto de corte 27/28 (es decir, 27 0 menos igual a "caso", y 28 ó más igual a "no caso".

"MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO"					
Paciente	Edad				
Ocupación	Escolaridad	Examinado por	Fecha		
ORIENTACION					
"Dígame el día	Fecha	Mes	Estación	Año	" (5)
"Dígame el Hospital (o el lugar)	Puerta				
Ciudad	Prov.	Nación	" (5)		
FLUACION					
"Repita estas 3 palabras: Presenta-Caballo-Manzana"					
(Repetirlas hasta que las aprenda)					(3)
CONCENTRACION Y CALCULO					
"Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando?"					(5)
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda)					(3)
"Ahora hacia atrás"					
MEMORIA					
"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?"					(3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCION					
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj					(2)
"Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros"					(1)
"Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?"					(2)
"¿Qué son un perro y un gato?"					(2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa"					(3)
"Lea esto y haga lo que dice". CIERRE LOS OJOS					(1)
"Escriba una frase"					(1)
"Copie este dibujo":					
					(1)
PUNTUACION TOTAL					(35)
Nivel de conciencia					
Ciego	Sordo	Otros			

ANEXO 4

PHEIFFER

Nombre Fecha

Unidad/Centro Nº Historia

CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-.

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Ítems ERRORES

¿Qué día es hoy? -día, mes, año-

¿Qué día de la semana es hoy?

¿Dónde estamos ahora?

¿Cuál es su nº de teléfono?

¿Cuál es su dirección? -Preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-

¿Cuántos años tiene?

¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-

¿Quién es ahora el presidente del gobierno?

¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?

¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?

Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.

ANEXO 5

LAWTON Y BRODY

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario que consta de 8 ítems. No tiene puntos de corte. A mayor puntuación mayor independencia, y viceversa. El rango total es 8.

Puntos

Capacidad de usar el teléfono

Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc 1

Es capaz de marcar bien algunos números conocidos 1

Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar 1

No utiliza el teléfono en absoluto 0

Ir de compras

Realiza todas las compras necesarias independientemente 1

Realiza independientemente pequeñas compras 0

Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra 0

Totalmente incapaz de comprar 0

Preparación de la comida

Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente 1

Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes 0

Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada 0

Necesita que le preparen y le sirvan las comidas. 0

Cuidado de la Casa

Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) 1

Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las 1

Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de 1

Necesita ayuda en todas las labores de la casa 0

No participa en ninguna labor de la casa 0

Lavado de la ropa

Lava por sí mismo/a toda su ropa 1

Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc) 1

Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro 0

Uso de medios de transporte

Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche 1

Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte 1

Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona 1

Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros 0

No viaja en absoluto 0

Responsabilidad respecto a su medicación

Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas 1

Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis 0

No es capaz de administrarse su medicación. 0

Manejo de asuntos económicos

Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco)

Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes 1

Incapaz de manejar dinero. 0